



DOSSIER DE SOINS PARTAGÉ de :

Je, soussigné(e) _____, autorise les professionnels de santé à utiliser ce dossier pour une bonne coordination de mes soins.

Date : / /

Signature :

Ce dossier reste la propriété du patient qui le conservera.

Cabinet infirmier :



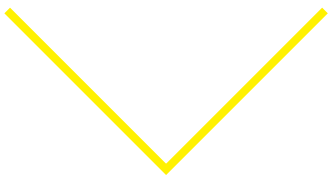
Ce dossier de soins partagé est téléchargeable sur le site internet de l'URPS Infirmière PACA :

<http://goo.gl/am8DbF>

Administratif



Dossier partagé & Traitement



Evaluation du patient



Soins infirmiers



Surveillance spécifique



Fiches de liaison



Le patient

Nom

Prénom

N° de S.S.

Date de naissance / /

Âge

Mutuelle

Adresse

Lieu de naissance

ALD

Téléphone

AMO % AMC %

Personnes ressources

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone
-----	--------	---------	-----------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Personnes à prévenir

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone
-----	--------	---------	-----------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Contacts médicaux / paramédicaux

Profession	Nom	Téléphone
------------	-----	-----------

Médecin	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Pharmacien	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------

Prestataire matériel médical	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------	----------------------

Masseur kiné	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------	----------------------	----------------------

Laboratoire	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------	----------------------	----------------------

Ambulance / taxi	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------

Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------------------

Contacts cabinet infirmier

Nom	Téléphone	Signature	Initiales
-----	-----------	-----------	-----------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Volontés du patient

Directives anticipées : oui non

Don d'organes : oui non

Date : / /

Signature du patient :

Urgences

SAMU	15
Police secours	17
Pompiers	18

Contacts sociaux

Profession

Nom

Téléphone

Commentaires

Assistance sociale

Aide à domicile

AVS / AMP

Livraison de repas

Aide ménagère

Amis

Voisins

Bénévole

Télé-alarme

Autres

Planning des intervenants à domicile

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Samedi

Dimanche

Matin / Midi / Soir

Matin / Midi / Soir

Matin / Midi / Soir

Matin / Midi / Soir

Matin / Midi / Soir

Matin / Midi / Soir

Matin / Midi / Soir

Médecin

Infirmière

Kiné

Portage
des repas

Aide-ménage

AVS

Podologue

Orthophoniste

Autre